

ФОНДОДЕРЖАНИЕ: ОСОБЕННОСТИ ОПЛАТЫ УСЛУГ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Развитие здравоохранения связано с качественными и структурными переменами в его организации.

Суть этих перемен сводится к формированию иной среды функционирования здравоохранения, способной обеспечивать динамическое равновесие.

Равновесие характеризуется четырьмя признаками:

1. Достаточная стабильность, способствующая достижению текущих целей.

2. Достаточная продолжительность для обеспечения надлежащего изменения в целях и средствах.

3. Достаточная адаптивность для соответствующей реакции на внешние возможности и требования, также как и на изменяющиеся внутренние условия.

4. Достаточная способность к нововведениям, позволяющая организации инициировать изменения в подходящих условиях.

Вывод:

- готовность органов здравоохранения, территориальных фондов активно проводить в жизнь реформы в здравоохранении,

- создание механизмов, побуждающих лечебно-профилактические учреждения и медицинских работников к эффективной рациональной деятельности, могут обеспечить динамическое развитие экономических отношений в здравоохранении.

Любая реорганизация на первом этапе приводит к финансовым потерям, особенно в период становления принципиально новых условий хозяйствования, требует подготовки новых кадров и дополнительных ресурсов. Важно сберечь тот положительный опыт, который накоплен в отечественном здравоохранении. В условиях переходного периода от службы участковых терапевтов к общей врачебной практике целесообразно идти путем перераспределения функций между ВОП и узкими специалистами, с поэтапной их переподготовкой. В первичном звене нужно пересмотреть функцию должности медицинской сестры, особенно сестры с высшим медицинским образованием.

Известно, что одним из наиболее экономичных способов предоставления медицинских услуг на уровне первичной медицинской помощи является сестринская помощь; в этом - резерв экономии ресурсов здравоохранения.

Основные направления развития ПМП:

- создание нормативно-правовой базы реальной ответственности первичного звена за состояние здоровья прикрепленного населения;

- создание условий экономической мотивации врачей к профилактической деятельности и стационарзамещающих услуг;

- повышение престижа врача первичного звена путем предоставления возможности быть держателем финансовых средств для последующего распределения в другие звенья оказания медицинской помощи;

- организационная и экономическая интеграция врачей ПМП на принципах общей врачебной практики.

Фондодержание предполагает, что:

- поликлиника получает средства на оказание всего объема амбулаторной помощи прикрепленному населению;

- если сама поликлиника не может оказать какие-то виды помощи, то она покупает их в других учреждениях за счет полученных средств;

- такое положение распространяется и на некоторые виды стационарной помощи;

- не обязательно, что все средства поступят на расчетный счет поликлиники;

- они могут аккумулироваться на специальном счете плательщика, который может их использовать только по указанию поликлиники;
- важным условием частичного фондодержания является предоставление прав поликлиники распоряжаться частью средств, предназначенной для оплаты стационарной помощи;
- при этом должны быть определены тарифы на услуги стационара, которые должны экономически стимулировать врачей поликлиник не направлять легких больных в стационар и оказывать им помощь собственными силами;
- но не следует исключать направления больных на краткосрочную госпитализацию для проведения специфических обследований и уточнения диагноза и методов лечения;
- право направления пациента на госпитализацию должно принадлежать только врачам поликлиники;
- им должно принадлежать право наблюдения за ходом лечения в стационаре и возможность предложения выписки больного для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.

Пример:

Великобритания. Система фондодержания:

- ОВП финансируются в зависимости от числа прикрепленного населения.
- Устанавливается норматив финансирования части затрат на другие виды медицинской помощи.
- Договорные отношения со стационарами и специалистами амбулаторного звена для расчетов за оказанные услуги.
- Использование метода подушевого финансирования оплаты медицинской помощи.
- Доход ОВП складывается на 60% из подушевой оплаты, 15% - оплаты по гонорарному принципу, 25% - из твердой зарплаты врачей и субсидий на содержание практик.

Субсидии покрывают расходы на:

- 1). аренду помещений;
- 2). оплату вспомогательного персонала;
- 3). информационное обеспечение;
- 4). повышение квалификации врачей.

Отрицательные стороны:

1. Возможность сдерживания больных и ограничения их доступа в больницы и другие учреждения здравоохранения с целью увеличения ПМП собственных доходов.
2. Оказание собственными силами помощи, которую в соответствии с современными лечебно-диагностическими технологиями должны оказываться только в стационаре.
3. Поэтому необходим жесткий контроль плательщиков и органов управления здравоохранением с целью пресечения таких действий ПМП.
4. Организация фондодержания требует дополнительных финансовых вложений.

Для устранения таких недостатков в Великобритании, например, с 1997 г. были созданы группы первичной помощи. Они включали 4-7 врачей общей практики, 1-2 медсестер, представителей органа управления здравоохранения, местной социальной службы и населения. Группа обслуживала население численностью 100000 до 200000 человек, имела свой фиксированный бюджет и право использовать его по своему усмотрению.

Положительные черты:

1. Стимулирование интенсивности труда.
2. Повышение качества медицинской помощи в первичном звене.
3. Создание конкурентной среды в стационарной помощи, поскольку договоры заключаются не только с управлениями здравоохранением, но и с ОВП.
4. В первичное звено передаются лишь те средства, которые врачи общей практики могут реально контролировать (15% средств региона на оказание стационарной помощи - плановых хирургических операций).

Подготовка финансирования по схеме фондодержания

1. Заявка
2. Обучение
3. Установить сроки перехода
4. Утвердить бюджет фондодержателя
5. Управление здравоохранением должно согласовать плановые показатели с ВОП-фондодержателями (среднепрофильные тарифы, трудозатраты, затраты на управление практиками)
6. Рассчитывается бюджет на лекарственные средства
7. Разрабатываются договоры с больницами, узкими специалистами, другими службами
8. Определяются контрольные цифры в отношении листа ожидания, участия в программах профилактики

Пример:

В Великобритании возникающая экономия средств ВОП может быть использована:

- на расширение практики;
- приобретение нового оборудования;
- предоставление новых услуг;
- запрещается использование экономии на оплату труда персонала.

Какие этапы нужно пройти и что предпринять для того, чтобы осуществить финансирование по схеме фондодержания (см. табл. 1)?

С учетом опыта стран Европейского Союза это вполне реальное, но будущее.

Однако:

- действующее общее законодательство;
- некоторое улучшение экономической ситуации;
- постепенное развитие новых условий хозяйствования в здравоохранении позволяют сделать шаг в сторону улучшения медицинского обслуживания населения уже сегодня, преобразовать там, где это целесообразно, службу участковых терапевтов в общие врачебные практики.

Возможно рассмотрение двух моделей общеврачебной практики:

1. Организация общей врачебной практики на базе поликлиник.
2. Врач общей практики и семейный врач как индивидуальные предприниматели.

Особенности первой модели:

1. Организация работы врачей общей практики на базе государственного лечебно-профилактического учреждения (федерального или муниципального подчинения).

2. Врач общей практики оказывает медицинские услуги по Программе государственных гарантий в соответствии с взятыми на себя обязательствами, подкрепляемыми финансовыми ресурсами данного ЛПУ.

3. Перечень платных медицинских услуг предлагается самим врачом общей практики и согласовывается с администрацией поликлиники.

4. Врач общей практики действует на основе существующей сегодня нормативно-правовой базы, определяющей правила оказания платных медицинских услуг, а именно: [Постановления](#) Правительства РФ N 27 от 13.01.1996, [Приказа](#) МЗ И МП РФ N 109 от 29.03.1996 и др.

5. Врач общей практики действует на основе договорных отношений. Для организации рабочего места часть основных средств поликлиника может передать безвозмездно с целью улучшить в будущем свою материально-техническую базу из доходов от деятельности врача общей практики. Или на условиях краткосрочной аренды (ст. 651 ГК РФ, п. 2), когда арендная плата (ст. 654, п. 3 ГК РФ) составляет не более 3-5% от остаточной стоимости передаваемых основных средств (для расчета ориентиром могут служить нормативы износа зданий - 5,4% в год,

оборудования - 10-12% в год). Таким образом, поликлиника и общая врачебная практика могли бы на долевых условиях делить бремя износа оборудования и зданий и иметь небольшие средства для восполнения этого износа в будущем в условиях дефицита бюджетных средств.

6. Цены на услуги врача общей практики должны быть доступны населению, но выше тарифов в системе ОМС. Это позволит платить более высокую заработную плату врачу общей практики, реализовать его экономический интерес и не вызовет негативную реакцию у населения.

7. Доходы врача общей практики фиксируются на отдельном специальном счете поликлиники ([Постановление](#) Правительства РФ N 27, 1996 г.).

Необходимо предоставить врачу общей практики экономическую свободу в распоряжении этими средствами в пределах заработанных сумм ([ст. 298](#) ГК РФ).

8. Шире использовать добровольное медицинское страхование.

9. Предоставить врачу общей практики самостоятельный выбор контингента из числа прикрепленных к поликлинике пациентов, развернуть рекламную компанию по активному продвижению на рынок услуг здравоохранения - медицинских услуг врача общей практики и семейного врача. Проинформировать пациентов о Перечне платных и бесплатных услуг врача общей практики, ценах (тарифах), условиях предоставления услуг и др. ([статьи 732, 736](#) ГК РФ; [статьи 9, 10](#) ФЗ "О защите прав потребителя", также [статьи 737, 739, 779-783](#) ГК РФ, регулирующие договорные отношения о возмездном оказании услуг).

10. Детальней описать рабочее место врача общей практики и определить минимальный, т.е. финансово-обоснованный, объем его деятельности для целей налогообложения.

11. Общая врачебная практика должна пройти регистрацию в органе управления здравоохранением.

В этом случае орган управления здравоохранением обязан контролировать:

- качество медицинской помощи врача общей практики (ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", гл. III, [ст. 17](#));

- соблюдение стандартов медицинской помощи ([Приказ](#) МЗ и МП РФ от 08.04.1996 N 134; [Приказы](#) МЗ РФ от 29.04.1998 N 140, 17.04.1998 N 125, 09.10.1998 N 300, 29.02.2000 N 82, 02.08.2000 N 304, 10.04.2001 N 113 и др.);

- выполнение профилактических прививок, включенных в Национальный [календарь](#) прививок;

- соответствие врача общей практики функции должности, уровень его образования;

- систематическое повышение врачом общей практики своей квалификации и получение сертификата о повышении квалификации не реже чем один раз в пять лет.

Также необходимо:

- согласовать объем медико-социальной помощи врача общей практики как муниципальный заказ;

- определить подушевой норматив финансирования, отражающий минимальный, но финансово-обеспеченный перечень т.н. бесплатных медико-социальных услуг; при расчетах должен быть соблюден стандарт медицинской помощи; изучена структура заболеваемости населения данного района; определены возможные объемы и виды платной медико-социальной помощи;

- разрешить оказывать ту же медицинскую помощь врачом общей практики на платной основе, если исчерпаны финансовые ресурсы.

Кроме того, правильнее было бы сосредоточить общую врачебную практику, организованную в муниципальной поликлинике:

- на первоочередном удовлетворении потребностей наиболее нуждающихся в уходе больных, особенно с использованием в бригаде труда практикующей медицинской сестры;

- специализацией мог бы стать уход за престарелыми и детьми на дому, что дало бы новый импульс для развития геронтологии.

Особенности второй модели общеврачебной практики будут заключаться в следующем:

1. Необходимо определить условия, обеспечивающие контроль государства. Этот контроль выражается, прежде всего, в определении правил регистрации частнопрактикующего семейного врача или врача общей практики как индивидуального предпринимателя.

2. С развитием своей деятельности врачи общей практики могут объединять свои усилия и

образовывать "Объединение общих врачебных практик", что бывает выгодно с точки зрения совместной эксплуатации диагностического медицинского оборудования и т.п. Такие объединения могут иметь характер автономной некоммерческой организации, статус которой определен Федеральным законом "О некоммерческих организациях" (1995), ст. 2 п. 3; ст. 10, в т.ч. для медицинской деятельности.

3. Затем возможно использование фондодержания и выполнение муниципального заказа. Заказчиком услуг может выступить как система медико-социального страхования, так и управление здравоохранением. В практике отечественного здравоохранения таких механизмов пока не создано.

Точкой отсчета при определении размеров оплаты труда врача общей практики должен быть:

1. Прожиточный минимум в данном регионе.

2. Также величина получаемого дохода должна определяться стандартом медицинской помощи, оказываемой врачом общей практики, учитывающим сложность и интенсивность труда, выраженного в комплексной медицинской услуге или комплексной амбулаторной услуге.

3. На условиях контракта возможно отойти от методики расчетов оплаты труда по ЕТС и внедрить гонорарный метод, предполагающий оплату каждой "детальной услуги", причем из разных имеющихся источников финансирования. В этом случае может быть создан Единый фонд оплаты труда врачей общей практики, в котором остается часть бюджетных средств, часть средств обязательного медико-социального страхования, средства, заработанные при помощи платных медицинских услуг. Все эти средства могут фиксироваться на спецсчете и составлять примерно 30-40% от затрат на оказанную медицинскую помощь в течение данного периода.

Таким образом, может быть создана система экономической мотивации деятельности врача общей практики, стимулирующая медицинское обслуживание населения в соответствии с новыми требованиями.

В этих условиях важно стремление самого врача к постоянному расширению кругозора и пополнению медицинских знаний с целью удовлетворения индивидуальных потребностей пациентов.

Развитие общей врачебной (семейной) практики решает ряд приоритетных задач по улучшению здоровья населения, а именно:

- обеспечивает постоянный контроль над здоровьем семьи;
- индивидуализированный подход к пациенту;
- повышение доверия семьи к врачу;
- усиление профилактики;
- возможность выбора врача пациентом;
- уход за престарелыми и детьми и др.

Д.э.н., профессор кафедры
социологии медицины и
экономики здравоохранения
ММА им. И.М.Сеченова
Н.Г.ШАМШУРИНА

Подписано в печать
21.05.2007
